

食品検査依頼書

受付番号	
検体番号	

太枠の中をご記入ください

依頼日		年 月 日	
依頼者	住所	(〒 —)	
	氏名		
	電話番号	☎ — —	
検体搬入者	氏名	担当者 (連絡先)	(TEL:)
成績書受取方法 (チェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 来所して受け取り	* 郵送希望の場合は切手をご持参ください。 * 投函後の責任は一切負いかねますので、ご了承ください。	
	<input type="checkbox"/> 郵送希望		

食品区分	例) 弁当		
検体名称 (商品名)		検体数	
製造年月日	年 月 日	賞味期限・消費期限	年 月 日

検査項目	<input type="checkbox"/> 細菌数	<input type="checkbox"/> その他(下枠に記載)
	<input type="checkbox"/> 大腸菌群	
	<input type="checkbox"/> 大腸菌E.coli	
	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌	
	<input type="checkbox"/> サルモネラ属菌	
	<input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ	
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌O157	
その他特記事項		

手数料	細菌検査	単価	3,900円	×	項目数
	理化学定性	単価	2,700円	×	項目数
	理化学一般	単価	5,000円	×	項目数
	理化学複雑	単価	10,400円	×	項目数
	合計				
円					

受付担当者	
手数料受領印	

* 公衆衛生上、検査結果によっては担当課に伝える場合がございます。
お問い合わせ先:あかし保健所 生活衛生課 衛生検査係 TEL:078-918-5427